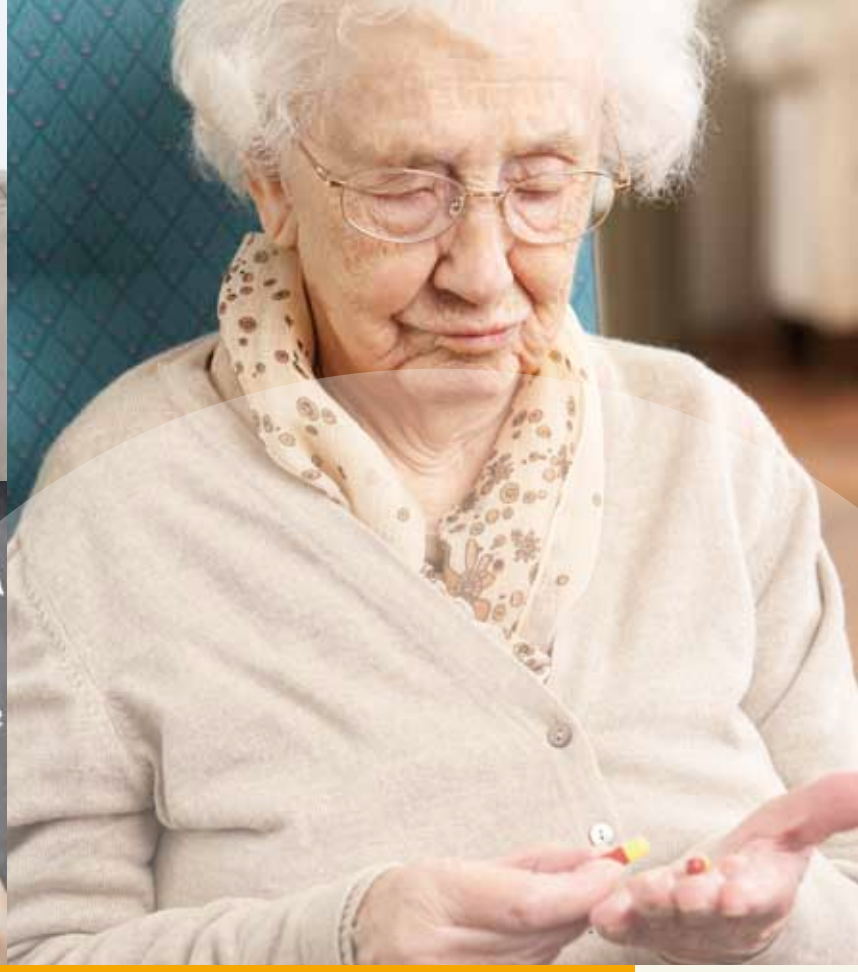


WAS SIND DIE AUFGABEN FÜR DIE ZUKUNFT?

SUCHT IM ALTER VORBEUGEN

14/05 2013

Dokumentation der Berliner Fachtagung

Eine Gemeinschaftsveranstaltung von

FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION IM LAND BERLIN

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin

ÄRZTEKAMMER BERLIN

Mit freundlicher Unterstützung von

be Berlin
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

LANDES SENIOREN BEIRAT Berlin

AOK

WAS SIND DIE AUFGABEN FÜR DIE ZUKUNFT?

SUCHT IM ALTER VORBEUGEN

14/05
2013

Impressum

Herausgeber und Veranstalter:
Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin
Mainzer Straße 23 | 10247 Berlin
Telefon: 030 - 29 35 26 15 | Fax: 030 - 29 35 26 16
E-Mail: info@berlin-suchtpraevention.de
www.berlin-suchtpraevention.de

Veranstalter:
Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin
c/o Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Friedrichstraße 231 | 10969 Berlin
Telefon: 030 - 44 31 90 - 60 | Fax: 030 - 44 31 90 - 63
E-Mail: fachstelle@gesundheitbb.de
www.berlin.gesundheitfoerdern.de

Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16 | 10969 Berlin
Telefon: 030 - 40 806 - 0 | Fax: 030 - 40 806 - 34 99
E-Mail: kammer@aekb.de
www.aerztekammer-berlin.de

Förderer:
Die Durchführung der Tagung und die Erstellung der Dokumentation wurde gefördert von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, dem Landesseniorenbeirat Berlin und der AOK Nordost.

Redaktion:
V. i. S. d. P. Kerstin Jüngling

Gestaltung und Satz:
Martina Jacob, Bettina Boos, Nicole Mewes

Fotos und Bildnachweise:
Umschlag: Fotolia (4), Innenseiten: Martina Jacob

Copyright:
Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Abzügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.

Inhalt

Eröffnung

Come together 04

Grußwort Emine Demirbüken-Wegner
Staatssekretärin für Gesundheit 06

Grußwort Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin 08

Moderation Ingrid Stahmer
ehemalige Senatorin (1989-1999) für Gesundheit, Soziales, Schule, Jugend und Sport in Berlin 09

Vorträge

Annette Richert Sucht kennt keine Altersgrenze – Die Risiken der Lebensbewältigung im „Ruhestand“ 10

Rike Hertwig Gesundheitsressourcen älterer Menschen stärken! Potenziale der Gesundheitsförderung für die Suchtprävention (von late-onset-Sucht) 16

Anke Schmidt „Wer Sorgen hat, hat auch Likör!“? Prävention kennt keine Altersgrenze 20

Workshops

Workshop 1
Welche Strukturen und Netzwerke braucht eine verbesserte Prävention und Intervention?
Kerstin Jüngling und Annette Richert 26

Workshop 2
Was kann auf individueller Ebene getan werden, um gesundes und unabhängiges Altern zu ermöglichen?
Dr. med. Andreas Dieckmann, Anke Schmidt und Rike Hertwig 30

Workshop 3
Frühestmögliche und passgenaue Intervention: Aber wer führt diese durch und wie?
Stefan Pospiech und PD Dr. Dr. Claus Köppel 34

Abschluss

Vorstellung der Workshop-Ergebnisse im Plenum 38

Forderungen und Empfehlungen 40

Teilnehmerliste 42

Come together

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sind auch im höheren Lebensalter keine Seltenheit. Vor allem der Missbrauch und die Abhängigkeit von Medikamenten, aber auch von Alkohol, sind bei Menschen über 60 Jahren verbreitet. So gehen Schätzungen davon aus, dass bundesweit bis zu 400.000 ältere Menschen von einem Alkoholproblem betroffen sind. Gemäß einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) schätzen Pflegekräfte, dass derzeit zirka 14 % der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Einrichtungen betreut werden, Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben.

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl älterer Menschen, die von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit betroffen sind, in den nächsten Jahren erheblich zunehmen. Auslöser für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch kann der Verlust von Beziehungen, aber auch die mangelnde Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den Ruhestand sein. Nicht selten greifen die Betroffenen damit auf schon bekannte Verhaltensweisen des Substanzmissbrauchs zurück.

Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Ärztekammer Berlin möchten dieses relevante Gesundheitsthema in einer Fachveranstaltung aufgreifen.

Grußwort

Emine Demirbüken-Wegner
Staatssekretärin für Gesundheit

Emine Demirbüken-Wegner

Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Dr. Jonitz,

ich begrüße Sie alle recht herzlich zur Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“ und danke Ihnen – der Berliner Ärztekammer, der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und der Fachstelle für Suchtprävention, dass Sie sich gemeinsam dieses Themas annehmen.

Sucht im Alter ist schon längst kein Randproblem mehr. Das beweisen aktuelle Statistiken, nach denen wir bei den über 60-Jährigen

- 2 Millionen abhängige Raucher haben,
- 1,5 Millionen medikamentenabhängige Menschen,
- 3 Millionen mit einem riskanten Alkoholkonsum und
- 400.000, die bereits schwer alkoholabhängig sind.

Dazu kommt, dass fast jeder 4. ältere Mensch Antidepressiva nimmt, um Schwermut, Einsamkeit und Isolation zu ertragen. Viele ältere Menschen trinken daneben viel Alkohol – betrinken sich bis zur Bewusstlosigkeit. Deshalb werden Suchterkrankungen im Alter oft in Verbindung mit Depression und Vereinsamung gesehen.

Doch mitunter zeigen auch nach außen hin funktionierende Familienstrukturen, dass langjährig Abhängige ausgeklügelte Strategien entwickelt haben, um ihre Sucht zu verschleiern. Selbst nahe Verwandte erkennen den Grad der Abhängigkeit von Onkel Paul oder Opa Peter nicht – auch weil man sich einfach nicht vorstellen kann und will, dass diese verehrten Persönlichkeiten still und heimlich in der Garage ein Flaschenlager unterhalten und sich daraus hemmungslos bedienen. Erst wenn sich unerwartete Lebensumstände ergeben, z. B. Schlaganfall der Ehefrau und Zerstörung der häuslichen Ordnung, ereignen sich vielfältige Tragödien, bei der die gesamte Familie ihr „blaues Wunder“ erleben kann. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dieses Problem mit den Angehörigen zu besprechen und ihnen professionelle Hilfe anzubieten. Gerade in dieser Frage trägt meiner Meinung nach vor allem auch der behandelnde Arzt eine besondere Verantwortung.

Meine Damen und Herren, dass überraschend viele ältere Menschen suchtabhängig sind, ist erst in den letzten Jahren als Thema und weitreichendes Problem erkannt geworden.

Die Gründe dafür sind vielfältig, doch vier scheinen mir dafür besonders ausschlaggebend:

- das schamvolle Verschweigen der Sucht durch die Abhängigen selbst,
- das Weggucken bis zur Co-Abhängigkeit in den Familien,
- das nicht Einmischen wollen von Bekannten, Freunden und Nachbarschaft,
- das nicht Erkennen des wahren Ausmaßes des Problems durch die Suchthilfe.

Doch Sucht im Alter muss nicht in der Katastrophe enden. So belegen Studien, dass durch gezielte präventive Maßnahmen Abhängigkeit im Alter vermieden bzw. eingedämmt werden kann. Damit ältere Suchterkrankte adäquat versorgt werden können, müssen die bestehenden Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sowie die Sucht- und Altenhilfe enger als bisher zusammenarbeiten. Vor allem muss das Tabu gebrochen werden, darüber zu sprechen, denn eigentlich ist allen bekannt, dass substanzbezogene Abhängigkeitserkrankungen im Alter nachhaltig die Lebensqualität beeinträchtigen und zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führen.

In der Kooperation zwischen Alten- und Suchthilfe können dann sicher auch niedrigschwellige und lebensweltbezogene Zugangswege für ältere Suchterkrankte gefunden werden. Durch Kurzinterventionsprogramme für die hausärztliche Versorgung, gegenseitige Hospitation der Sucht- und Altenpflege, Schulungsangebote für das Pflegepersonal und die Suchthilfe könnte die Handlungskompetenz in beiden Hilfesystemen gestärkt und Hilfe besser als bisher angeboten werden.

Die Selbsthilfe wäre eigentlich für diese Aufgabe besonders gut geeignet. Ihre Mitglieder gehören häufig der gleichen Generation an, teilen also ähnliche Lebenserfahrungen und verfügen durch ihre früheren Erfahrungen mit Abhängigkeit über eine hohe Glaubwürdigkeit.

Die beste Suchtprävention im Alter ist allerdings ein gut funktionierendes Netzwerk sozialer Kontakte innerhalb und außerhalb der Familie. Auch hier kann die Selbsthilfe kontinuierliche Angebote bieten, während die Suchthilfe immer zeitlich begrenzt bleiben wird.

Die heutige Tagung bietet Ihnen die Möglichkeit des gegenseitigen Kennenlernens und gemeinsamen Diskutierens dieses wichtigen Themas für die Zukunft. Dabei wünsche ich Ihnen ertragreiche Ergebnisse.

Grußwort

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Dr. med. Günther Jonitz

Ich freue mich sehr, dass sich zu der Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“ eine Vielzahl von Expertinnen und Experten unterschiedlicher Professionen in der Ärztekammer Berlin eingefunden haben. Außerordentlich freue ich mich, dass Frau Staatssekretärin Demirbüken-Wegner Zeit gefunden hat, die gemeinsame Tagung der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin und der Ärztekammer Berlin zu eröffnen.

Das Thema „Sucht im Alter“ ist ein Tabuthema, das uns aber in einer älter werdenden Gesellschaft immer stärker beschäftigen wird. Dabei zeigt sich ganz deutlich, dass es sich nicht um ein Problem handelt, das sich rein medizinisch wird lösen können. Allzu oft ist soziale Isolation der Auslöser für Suchtverhalten, und aus demselben Grund bleibt es oft lange unentdeckt. In unserer individualisierten Gesellschaft wird leider oft vergessen, dass wir unsere Grundlagen verlieren, wenn Menschlichkeit und Solidarität verloren gehen.

Soziale Prävention ist also wichtiger als Therapie. Das bedeutet, dass man dieses vielschichtige Problem gemeinsam von verschiedenen Seiten aus angehen muss. In dieser Diskussion muss gefragt werden: Welche Verfahren helfen wirklich? Und es muss das richtige Wissen für die richtige Lösung gefunden und angewandt werden. „Sucht im Alter“ ist damit ganz klar ein Qualitätsthema.

Wir als Ärztekammer werden dieses Problem wie auch andere, die die gesamte Gesellschaft betreffen, nicht alleine lösen können. Wir können aber immer wieder Diskussionsforen zur Verfügung stellen und wir können als Multiplikator alle Ärztinnen und Ärzte erreichen und ein Problembewusstsein schaffen. In diesem Sinne wünsche ich den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine erfolgreiche Fachtagung.

Moderation

Ingrid Stahmer
ehemalige Senatorin (1989-1999) für Gesundheit, Soziales, Schule, Jugend und Sport in Berlin

Die Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“ hat den wichtigen Untertitel „Was sind die Aufgaben für die Zukunft?“

Will man interdisziplinäre Aufgaben planen, Strategien entwickeln und gemeinsam ein Ziel in die Mitte der Ergebnissicherung stellen, ist das erste und wichtigste Thema der Zusammenkunft dieser unterschiedlichsten Berufsgruppen und Institutionen, einander kennenzulernen und ganz persönliche Eindrücke von den Erfahrungsorten, den Arbeitsweisen und Fachkenntnissen aller Beteiligten mit in den Tag zu nehmen. Denn nur ganz wenige unter Ihnen haben die ausdrückliche Aufgabe, der Sucht im Alter vorzubeugen. Nur gemeinsam in vielen Kooperationen kann das gelingen.

Deshalb werden wir uns nach den sehr auf diese Aufgabe zielenden Grußworten der Staatssekretärin für Gesundheit und des Ärztekammerpräsidenten selbst im großen Flur- und Empfangsraum der Ärztekammer ein lebendiges Bild davon machen, welche Berufsgruppen, Institutionen, Projekte und Interessen an diesem Fachtag vertreten sind. Ein Blick in die Anmeldeliste lässt mich schon fürchten, dass Ärztinnen und Ärzte nur in einer qualifizierten Minderheit dabei sind, und es zu den wichtigen Aufgaben für die Zukunft gehören wird, auch die Praktiker/innen aus dem ärztlichen Bereich für die heute zu erarbeitenden Ziele und Pläne zu interessieren. Sicher wird auch die Ärztekammer, die uns zu sich eingeladen hat, dabei helfen. In kleinen – auch wechselnden – Gesprächsgruppen können wir dann einen Überblick gewinnen und Bekanntschaften vertiefen oder beginnen.

Die ganze Fülle von Themen zur Frage „Wie könnten wir Sucht und Abhängigkeit im Alter verhindern und vermindern und wie verändern wir Rahmenbedingen, die solche Sucht wachsen lassen?“ wollen wir in den Raum stellen und uns damit die Frage beantworten „Wer sind wir eigentlich heute hier auf dieser Fachtagung, und was kann jede/r einzelne von uns zum Thema beitragen?“

In diesem schnell gefundenen Wissen um Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden die drei Fachvorträge auf fruchtbaren Boden fallen, sie werden mögliche und notwendige Aufgaben für die Zukunft aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Nach den Vorträgen und kurzer Kaffeepause werden wir dann die drei Workshops zu den vorgegebenen Themen nach persönlicher Wahl bilden.

Jede Gruppe hat eine Stunde Zeit und wird dann die erarbeiteten Ideen und Anregungen anhand eines Flipcharts, das nach Ergebnissen, Forderungen, möglichen Konflikten und Schwierigkeiten strukturiert ist, im Plenum vorstellen und so den Weg für weitere Gemeinsamkeiten bahnen.

Ingrid Stahmer

Vortrag

Sucht kennt keine Altersgrenze – Die Risiken der Lebensbewältigung im „Ruhestand“

Annette Richert
Oberärztin Gerontopsychiatrie, Krankenhaus Hedwigshöhe

Annette Richert

Stacheln des Themas 1

Unabhängigkeit im Alter:

- viele Abhängige werden nicht alt,
- nicht alle Alten wollen Unabhängigkeit,
- Substanzgebrauch kann helfen, Unabhängigkeit zu bewahren,
- Behandlung einer Abhängigkeit führt zu Abhängigkeit von den Behandlern.

Stacheln des Themas 2

Definitionen von Sucht:

- sind zahlreich und nicht ohne innere Widersprüche,
- verstellen bei breiter Definition die Sicht auf die, die wirklich Hilfe brauchen,
- reduzieren bei enger Definition Suchtkranke auf Hilfeempfänger.

Stacheln des Themas 3

Umgang mit Substanzabhängigkeit bei Alten:

- fehlende Wahrnehmung des Problems,
- Förderung durch Ignoranz („ein Gläschen in Ehren“),
- moralische Bewertung,
- Bevormundung („ich weiß besser, was für dich gut ist, als du selbst“)

Stacheln des Themas 4

Umgang mit abhängigkeitserzeugenden Substanzen:

- „nimm doch, probier doch, mir schadet es doch auch nicht“
- „für dich ist das nichts (ich kann damit umgehn)“
- Fixierung auf die Substanz, fehlender Blick auf Person und Umstände.

Definition von Substanzabhängigkeit

- Verlangen nach der Substanz
- Zwang, sich die Substanz zu beschaffen
- Konsum der Substanz, obwohl ein Bewusstsein für negative Folgen besteht.
  - Dies ist eine pragmatische Definition, so etwas wie der kleinste gemeinsame Nenner aller Definitionen.

Körperliche Abhängigkeit

- Verlangen nach der Substanz, Zwang, sich die Substanz zu beschaffen, Konsum der Substanz, obwohl ein Bewusstsein für negative Folgen besteht, und:
  - Körperliche Entzugserscheinungen.

Abhängigkeitserzeugende Substanzen:

Stimulanzien

- Amphetamine
- Kokain
- Koffein
- Nikotin
  - Psychische Abhängigkeit, oft stark ausgeprägt, ohne nennenswerte körperliche Entzugserscheinungen.
  - Entzug unangenehm, aber nicht gefährlich.

Sedativa

- Alkohol
- Benzodiazepine
- Z-Substanzen
  - Psychische Abhängigkeit, oft stark ausgeprägt, und
  - Körperliche Entzugserscheinungen.

Entzug je nach Abhängigkeitsdauer gefährlich, abrupter Entzug kann lebensgefährlich sein, vor allem im Alter.

Opiate und Opioide

- Heroin
- Morphium
- Tramadol
- Fentanyl usw.
  - Psychische Abhängigkeit, oft stark ausgeprägt, und
  - Körperliche Entzugserscheinungen.

Entzug je nach Abhängigkeitsdauer sehr schmerzhaft und unangenehm, aber nicht lebensgefährlich.

Wie funktioniert Abhängigkeit?

- Substanzen stimulieren das Belohnungssystem im Gehirn und führen zu „Überbelohnung“.
- Andere Belohnungsstrategien – Tätigkeiten, die dazu geführt haben, dass man sich wohlfühlt – stimulieren schwächer und werden uninteressant.
- Die Überstimulierung führt zu Gewöhnung, es ist mehr von der Substanz nötig, um ein weniger stark ausgeprägte Wohlgefühl auszulösen.
- Das System kippt – jetzt geht es nur noch darum, Bestrafung durch Entzug zu vermeiden (Unlustgefühle, Depression, Angst, körperliche Entzugserscheinungen).

Abhängigkeit durch „Selbstmedikation“

- Substanzen werden gegen Depression, Angst, Schlafstörungen eingesetzt.
- Der regelmäßige Einsatz führt zu Gewöhnung.
- Beim Versuch, die Substanz wegzulassen, treten die vorherigen Probleme verstärkt wieder auf.

Wie wird jemand abhängig?

- Konsum
- Genetische Disposition
- Gewohnheit – Erlerntes Verhalten
- Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen (auch von Subkulturen)
- Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren
  - „Moralische Schwäche“ spielt keine Rolle.
  - Das Gewicht der Faktoren ist bei verschiedenen Substanzen unterschiedlich.

Alkohol

- Konsum – macht sowieso Jede/r. Irgendwann.
- **Genetische Disposition: 40 bis 60%**
- **Gewohnheit – Erlerntes Verhalten**
- Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen
- Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren

Alkohol im Alter

Über-40-jährige, aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)
F10.0 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Akute Intoxikation (akuter Rausch)

Jahr	*Insgesamt*	*40-49*	*50-59*	*60-69*	*70-79*	*80+*
2005	88.938	21.564	12.410	6.968	2.391	541
2006	87.535	20.730	12.960	6.357	2.390	516
2007	98.562	22.457	14.731	6.930	2.841	563
2008	109.283	24.368	17.097	7.437	3.209	661
2009	114.520	25.085	18.575	7.709	3.548	723
2010	115.436	24.742	19.383	7.719	3.857	769
Veränderungen 2005 zu 2010 in %		+ 14,74	+ 56,19	+ 10,78	+ 61,31	+42,14

DHS/ Stat. Bundesamt 2006-2011

Nikotin

- Konsum – macht sowieso fast Jede/r. Irgendwann.
- Genetische Disposition
- **Gewohnheit – Erlerntes Verhalten**
- **Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen**
- Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren

Nikotin bei über-70-Jährigen

- Männer 10%
- Frauen 5% *(Stat. Bundesamt Mikrozensus 2009)*

Sedativa und Schmerzmittel – Opiode

- **Konsum.** Der Arzt hilft mit.
- Genetische Disposition
- Gewohnheit – Erlerntes Verhalten
- Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen
- **Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren**

Illegale Drogen

- **Konsum**
- Genetische Disposition
- Gewohnheit – Erlerntes Verhalten
- **Gesellschaftliche, ideologische und religiöse Grundeinstellungen**
- Gesundheitliche und psychosoziale Faktoren

Konsequenzen

- Prävention in Kindheit und Jugend
  - Bewusstsein für Umgang mit Belohnungsstrategien schaffen
  - Vorbilder entromantisieren (oder andere romantisieren)
  - Ich-Stärke und Frustrationstoleranz üben
- Lernen am eigenen Beispiel
  - Eigene Belohnungsstrategien kritisch betrachten, nach Alternativen suchen
  - Eigene Rollenmuster kritisch prüfen („Finde ich das wirklich cool, mit 70 die Sauerstoffflasche hinter mir herziehen zu müssen?“)
- Gesellschaftliche Gewohnheiten und soziale Riten verändern:
  - Feiern ohne Alkohol
  - Raucher/innen an die frische Luft
- Abschied von Verurteilung und der Erwartung von Totalabstinenz

Umgang mit Abhängigkeitskranken

- Problem ohne Wertung ansprechen.
  - „Sie wissen ja selbst, dass die Zigaretten Ihre Bronchitis verschlechtern.“
  - „Haben Sie sich schon mal Gedanken über Ihren Alkoholkonsum gemacht?“
  - „Wussten Sie, dass Schlaftabletten Gedächtnisprobleme auslösen können?“
- Jeden Veränderungswunsch positiv aufnehmen.
  - „Weniger“ mag unrealistisch sein, aber es ist auf jeden Fall gesundheitsfördernd.
- Durch Reduktion des Konsums oder Abstinenz verursachte Probleme ernst nehmen.
  - Medikamentöse Behandlung oder Substitution erwägen.
- Entzugserscheinungen nicht als gerechte Strafe sehen.

Fragebogen zur Selbsteinschätzung

Beispiel Medikamente:

- Beunruhigt Sie die Vorstellung, mehrere Tage oder sogar Wochen auf „Ihr” Medikament verzichten zu müssen?
- Haben Sie sich zur Sicherheit einen Vorrat dieses Medikaments angelegt?
- Haben Sie über die Zeit der Einnahme hinweg die Dosis gesteigert, da die Wirkung des Medikaments nachließ und die ursprünglichen Beschwerden trotz Einnahme des Medikaments wiederkamen?
- Verbergen Sie vor anderen, dass Sie dieses Medikament einnehmen bzw. wie häufig und in welcher Dosis Sie dieses Medikament einnehmen?

Besondere Probleme bei Abhängigkeit im Alter

- Negative Substanzwirkungen werden deutlicher, weil die Schäden kumulieren und die Empfindlichkeit zunimmt.
- Das Leben mit der Abhängigkeit hat oft lange funktioniert.
- Je länger die Abhängigkeit besteht, desto dramatischer und gefährlicher wird der Entzug und desto länger dauern die Entzugserscheinungen.
- Bei Medikamentenabhängigkeit gibt es oft eine behandlungsbedürftige Grunderkrankung.
- Abhängigkeit im Alter wird gesellschaftlich als Problem unterbewertet.

Negative Substanzwirkungen werden deutlicher

- Körperwasser und Fettgewebe – das Verteilungsvolumen – nehmen ab, so dass die Konzentration von Substanzen steigt – es wird weniger vertragen.
- Schäden kumulieren oder addieren sich:
  - Polyneuropathie bei Alkohol (und vielleicht noch Diabetes), mit entsprechender Gangstörung und Sturzgefährdung; oder
  - Gangunsicherheit bei Benzodiazepinkonsum und Sehminderung.
  - Sauerstoffpflichtigkeit bei entsprechender Zahl von Zigarettenpackungs-Jahren.
- Das Risiko für Zusatz- und Folgeerkrankungen steigt:
  - Lungen- und Blasenkrebsrisiko bei Zigaretten
  - Alzheimer-Risiko bei Alkohol

Das Leben mit der Abhängigkeit hat oft lange funktioniert.

- Dadurch können Betroffene und Umfeld den Zusammenhang zwischen Problemen und Substanzabhängigkeit oft schlecht wahrnehmen.
  - „Ich hab die 3 Bier am Tag doch 60 Jahre lang ohne Probleme vertragen, früher waren es sogar mehr“.
  - „Wenn die Schlaftabletten Gedächtnisprobleme machen sollen, warum verschreibt sie mir mein Hausarzt seit 20 Jahren?“
  - „Ich rauche doch nur noch 10 Zigaretten am Tag.“
  - „Warum soll der Alzheimerkranke sein Bier nicht mehr kriegen?“
- Die Leistung, so lange trotz (oder wegen) der Abhängigkeit mit dem Leben zurecht gekommen zu sein, verdient Respekt. Dies ist auch oft die Brücke zu einer Behandlung.

Lange Abhängigkeit – schwerer Entzug

- Eine Entgiftung bei jahrzehntelangem Spiegeltrinken kann zu fast therapieresistentem, über viele Tage anhaltendem Delirium tremens führen.
- Eine Entgiftung bei jahrzehntelangem Benzodiazepinkonsum dauert Monate, und kann auch noch nach einem Jahr Entzugserscheinungen machen.
- Die Entgiftung ist lebensgefährlich, der fortgesetzte Konsum allerdings auch.
  - Im Alter ist deshalb doch oft Abstinenz das Therapieziel – jeder Rückfall ist unmittelbar gefährlich.

Behandlungsbedürftige Grunderkrankung

- Benzodiazepinabhängigkeit bei unbehandelter Hyperthyreose.
- Benzodiazepinabhängigkeit bei unbehandelter Depression.
- Opiatabhängigkeit bei unbehandelter Osteoporose.
- Opiatabhängigkeit bei unbehandelter Depression.
- Benzodiazepinabhängigkeit bei Verhaltenssymptomen bei Demenzerkrankung (Lorazepam führt innerhalb von Wochen zu einer Abhängigkeit).

Abhängigkeit im Alter wird gesellschaftlich als Problem unterbewertet.

- **Statistiken im Suchtbereich weisen Alte oft gar nicht aus: die letzte Gruppe heißt „über 40“.**
- **Behandlungsangebote beziehen sich auf Kranke im erwerbsfähigen Alter.**
  - Selbsthilfegruppen
  - Angebote zur Unterstützung bei der Lebensführung
- **Finanzierungswege beziehen sich auf Kranke im erwerbsfähigen Alter.**
  - Suchthilfefinanzierung: SGB V (Medizin), SGB VI (Rente), SGB IX (Reha), SGB XII (Wiedereingliederung)
  - Alte werden in der Regel auf SGB XI (Pflege) festgelegt.

Broschüren zum Umgang

- Für Betroffene: von der BEK
- Für Altenpflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter: von der BEK
- Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychosozialen Berufen
  - Zu finden auf der Webseite der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren: www.dhs.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vortrag

Gesundheitsressourcen älterer Menschen stärken! Potenziale der Gesundheitsförderung für die Suchtprävention (von late-onset-Sucht)

Rike Hertwig
Referentin der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung

Rike Hertwig

Übersicht

- „Unabhängigkeit“ im Alter – Kernanliegen der Gesundheitsförderung
- Risikofaktoren für Suchtentwicklung im Alter
- Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit
- Strategien der Gesundheitsförderung
- Settingsbezogene Ansätze: Ressourcen des Alters stärken
- Praxisbeispiele
- Schlussfolgerungen

„Unabhängigkeit“ im Alter…

- …hat viele Dimensionen: Unabhängigkeit von Suchtmitteln, selbstständige Alltagsgestaltung, Mobilität, Möglichkeit der Verwirklichung von individuellen Bedürfnissen (…)
- …ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung
  - **Selbstständigkeit und Lebensqualität** als Kernanliegen der Berliner Gesundheitsziele (2011) der Landesgesundheitskonferenz
  - **Autonomie** erhalten – bundesweites Gesundheitsziel (2012)
- DHS: Chancen von Prävention und Gesundheitsförderung bis in hohe Alter sind zu wenig bekannt und werden zu selten ausgeschöpft

Risikofaktoren für late-onset-Sucht im Alter: körperlich, psychosozial, gesellschaftlich

- Zunahme von körperlichen Beschwerden und chronischen Erkrankungen, Multimorbidität, psychische Erkrankungen
  - Medikamenten-Mix
- Beendigung des Berufslebens, Anpassungsprobleme an den neuen Lebensabschnitt, Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, Leere
- Dünner werdende soziale Netze, Einsamkeit, Isolation, Verlusterfahrungen
- Heimaufnahme
- Spannung: zunehmende Morbidität vs. Aktivierung, Leistungsanspruch (wichtig: realistische Altersbilder!)
- defizitorientierte Sichtweise (insbesondere in Hinblick auf Sucht)
- Diskussion über Medikalisierung sozialer Probleme
- Altersarmut

Auswirkungen von Sucht

- Gefahr für Gesundheit und Wohlbefinden: körperliche Folgen wie abnehmende Leistungsfähigkeit, Anfälligkeit für Infektionen, Müdigkeit, Sturzgefahren
  - kann zu weiterem Rückzug wegen Schamgefühlen führen
- Alkohol & Substanzmissbrauch sowie mangelde Teilhabe, Einsamkeit etc. zudem in engem Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im Alter
- **Wechselwirkungen/Spirale:** (late-onset-)Sucht als Indikator für mangelnde Teilhabe und als Ursache für Rückzug

Soziale Bedingtheit von Gesundheitschancen und Selbstständigkeit im Alter

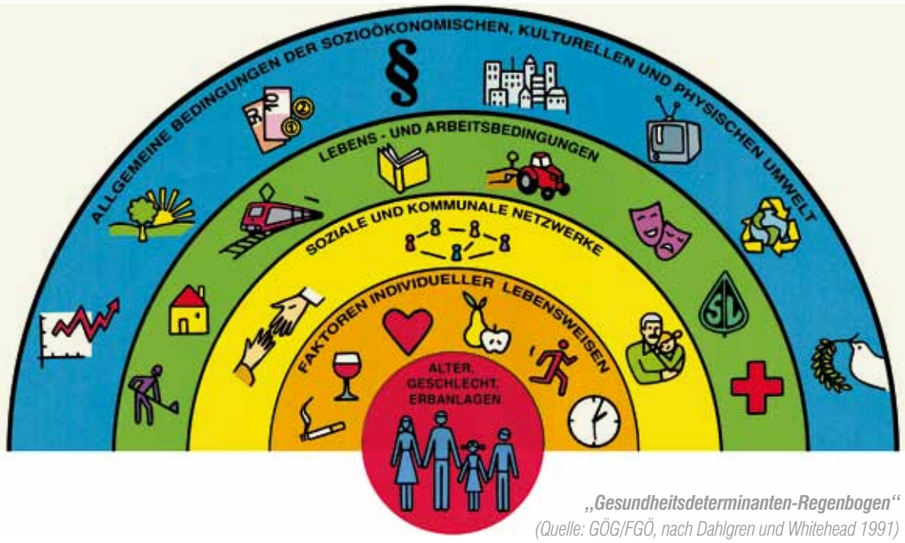
- viele ältere Menschen genießen erfüllte familiäre und freundschaftliche Beziehungen, engagieren sich oder gestalten ihre Freizeit aktiv und nach eigenen Wünschen
- die Wahrscheinlichkeit dafür ist umso höher, je besser Bildung, soziale Netzwerke und Einkommenssituation sind
- Multimorbidität umso wahrscheinlicher, je geringer Bildung und Einkommen (z.B. RKI 2009)
- viele chronische Erkrankungen im Alter sind lebensstilbedingt
- Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit – auch im Alter

Strategien der Gesundheitsförderung

- Gesundheit ist „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO)
- Potenziale & Ressourcen der Menschen sowie soziale, ökonomische und ökologische Rahmenbedingungen im Fokus
- Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta, Auswahl)
  - zielt auf ein höheres Maß an Selbstbestimmung aller Menschen über ihre Gesundheit
  - schafft sichere, anregende, befriedigende,… Arbeits- /Lebensbedingungen

Strategien der Gesundheitsförderung

Einflussfaktoren auf die Gesundheit



„Gesundheitsdeterminanten-Regenbogen“
(Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren und Whitehead 1991)

Strategien der Gesundheitsförderung

- zielgruppenspezifisches & bedarfsgerechtes Vorgehen
  - berücksichtigen von Gender und Diversity
- Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen so früh wie möglich – Risikofaktoren mindern
- niedrigschwellige Angebotsgestaltung
- Partizipation
- Einflussfaktoren in den Settings berücksichtigen & gestalten

Settings für Interventionen in verschiedenen Lebenssituationen

- Unternehmen, Betriebe, Verwaltungen – BGF/BGM
  - Vorbereitung auf Ruhestand & kritische Lebenssituationen – Stressbewältigung – Suchtprävention
- Kommunen, Nachbarschaften
  - Mobilität, Infrastruktur, Komm- und Geh-Strukturen, nachbarschaftliche Netzwerke
- Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen
  - Mobilität, Ansätze für Öffnung von Einrichtungen in Kieze, Entstigmatisierung von Pflege, Einbindung von pflegenden Angehörigen
- Stärken von Gesundheitskompetenzen im Rahmen der Angebote

Praxisbeispiele

- Alltagsbewegung und Teilhabe: Spaziergangsgruppen – auch für Menschen mit Demenz
- „Älterwerden und Gesundheit – Die Patientinnenschulung“ kultursensibles Angebot FFGZ
- Netzwerk Märkisches Viertel
- Kommunale Gesundheitsziele
- Rahmenbedingungen für gesellschaftliche Teilhabe z.B. Seniorenmitwirkungsgesetz

Schlussfolgerungen – Gesundheitsförderung kann helfen…

- …Risikofaktoren für (late-onset-)Sucht zu beeinflussen & zu reduzieren (Teilhabe, Umgang mit Belastungen, Primarprävention von Erkrankungen)
- …Suchtprävention unterstützen / gemeinsam wirken (Sensibilisierung & Vernetzung)
- …positive Zugänge für Suchtprävention eröffnen (Kommunikation von Lebensqualität)

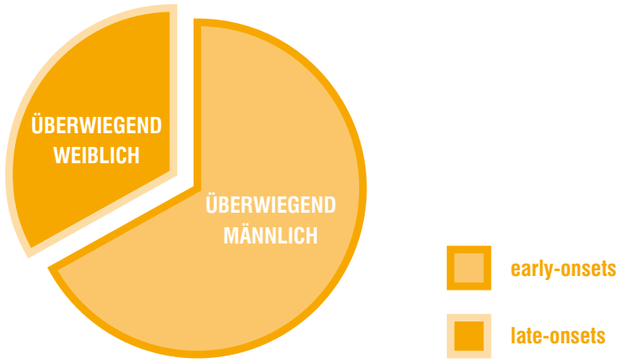
Vortrag

„Wer Sorgen hat, hat auch Likör!“? Prävention kennt keine Altersgrenze

Anke Schmidt
Referentin der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin

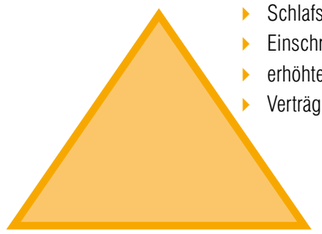
Anke Schmidt

Welche Zielgruppen sind betroffen?



Quelle: 10. DHS Kooperationstagung, Weimar 2013

Ursachen von Sucht im Alter – late-onset



Körperlich
- chronische Schmerzen,
- Schlafstörungen,
- Einschränkungen durch Gebrechen,
- erhöhter Bedarf an Medikation,
- Verträglichkeit nimmt ab

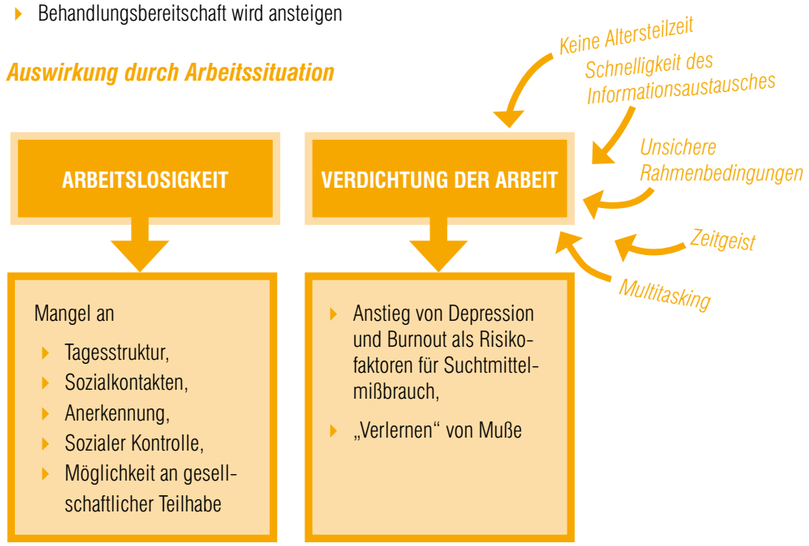
gesellschaftlich
- Individualisierung,
- hohe Arbeitslosigkeit bei Älteren,
- höhere Belastungen im Berufsleben,
- mangelnde soziale Kontrolle,
- Altersarmut

psychisch
- Einsamkeit,
- Verlust von Tagesstruktur,
- problematischer Lebensrückblick,
- Verfestigung psychischer Probleme

Thesen

- Substanzbezogene Störungen im Alter werden in den nächsten Jahren stark zunehmen
- Ursachen
  - Demographische Entwicklung: derzeit 40-50-Jährige haben größten Bevölkerungsanteil und traditionell hohe Konsumzahlen bei insgesamt steigender Lebenserwartung
  - Entwicklungen am Arbeitsmarkt
    - Steigende Arbeitslosigkeit
    - Steigende Belastung in Berufstätigkeit
- Behandlungsbereitschaft wird ansteigen

Auswirkung durch Arbeitssituation



Behandlungshindernisse

- Mangelnde Inanspruchnahme der Suchthilfe
  - Schwellenängste (Scham, Tabu, „Kulturunterschiede“)
  - Kein Problembewusstsein
  - Mobilitätseinschränkungen bei Komm-Struktur
  - Kaum altenspezifische Angebote (kurzfristigere Behandlungskonzepte, Orientierung stärker auf Jetzt)
- Kaum Zuweisung in Hilfen
  - Zuschreibung geringer Behandlungsmotivation

- Konsummuster gelten als verfestigt
- „lohnt“ sich nicht mehr
- Netzwerke nicht ausreichend

Grundlagen für erfolgreiche Intervention

Zentrale Ergebnisse Bundesmodellprojekte

- Fortbildung in der Altenhilfe / Pflegeschulen
  - Grundlagenwissen Sucht
  - Umgang mit problematischem Konsum
  - Grundlagen Motivierender Gesprächsführung
- Spezifische Angebote in Suchthilfe
- Vernetzung Sucht- und Altenhilfe
- Einbeziehung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichen Engagements
  - verbessert Informationstransfer und Zugänge in Hilfeangebote

Präventionsbedarfe

- Aufklärung
  - Suchtpotenzial bestimmter Arzneimittel
  - Körperliche Veränderungen, z.B. Schlafbedürfnis
- Verantwortungsvolles Verordnungsverhalten
  - Verschreibungen gemäß PRISCUS-Liste
  - Verschreibung anhand von Fachstandards (4 K's)
- Enttabuisierung der Tatsache, dass Konsum manchmal bequemer für Pflege ist
- Lebens- und Berufschancen auch für ältere Arbeitnehmer/innen ermöglichen
- Flexible Übergänge in Rentenzeit ermöglichen
- Sensibilisierung relevanter Berufsgruppen gegenüber erhöhten Risikofaktoren
- Zielgruppenspezifische Angebote
  - Unterstützung in persönlichen Krisen gewähren (auch psychotherapeutische Angebote)
  - Möglichkeiten für aktive Freizeitgestaltung bieten
  - Auch Rentner/innen Anerkennung und Wertschätzung ermöglichen
- Ausbau bürgerschaftlichen Engagements zur Selbsthilfe, z.B.
  - Übergangsgestaltung in Rentenzeit
  - Entwickeln neuer Formen gemeinschaftlichen Wohnens

Ottawa-Charta (21.11.1986)

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Berliner Initiative gegen Medikamentenmissbrauch

- Multiprofessioneller Zusammenschluss von Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen
- Ziele: Sensibilisierung von Entscheidungsträgern, Schlüsselpersonen und Öffentlichkeit
- Erstes Ergebnis: Forderungskatalog
- Weitere Maßnahmen auf der Basis der Forderungen:
  - Anschreiben an die Krankenkassen
  - Initiierung konzeptioneller Diskussionen
  - Entwicklung von zielgruppenspezifischem Informationsmaterial
  - Förderung regionaler Vernetzung etc.
- Offen für Mitstreiter/innen

Angebote der Fachstelle für Suchtprävention für Multiplikatoren

- Fortbildungen für ambulante Pflegedienste
  - Einschätzung – was ist problematischer Konsum?
  - Wie sollte man reagieren: Ignorieren oder Intervenieren? Wenn ansprechen, dann wie? Alkoholische Getränke einkaufen oder nicht?...
- Konzeptionierung eines Moduls zur „Motivierenden Kurzintervention“ für pflegerische und medizinische Fachkräfte

Angebote für Betroffene

- Telefonische oder persönliche Erstberatung
- Zielgruppenübergreifendes **S**elbst**ko**ntro**ll**training SKOLL
  - nicht abstinenzorientiert
  - Altersgemischt
  - stoffgebundene und stoffungebundene Problematiken
  - Themen: Erfassen ambivalenter Gefühle, Risikosituationen, Stressmanagement, soziales Netzwerk, Konflikte, Freizeitgestaltung …

Herzlichen Dank!

Kaffeepause

Workshop 1

Welche Strukturen und Netzwerke braucht eine verbesserte Prävention und Intervention?

Kerstin Jüngling
Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin

Annette Richert
Oberärztin Gerontopsychiatrie, Krankenhaus Hedwigshöhe

Annette Richert und Kerstin Jüngling

Durch die demographische Entwicklung erhält das Thema Sucht im Alter eine zunehmende Bedeutung für unsere Gesellschaft. Um hier eine Verbesserung der Prävention und Intervention planen und realisieren zu können, müssen zunächst die bestehende Strukturen und Netzwerke analysiert und verdeutlicht werden. Die vom Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren von 2010 bis 2012 entsprechend geförderten Modellprojekte ermöglichen einen guten Einblick in die Arbeitsfelder Sucht- und Altenhilfe und konkretisieren die Notwendigkeit des professionellen Austausches und der Zusammenarbeit.

„Sowohl in der Sucht- als auch in der Altenhilfe besitzen die Mitarbeitenden eine hohe Kompetenz im Umgang mit suchterkrankten alten Menschen. Ein Austausch zwischen den beiden Berufsgruppen findet nur eingeschränkt statt. Ziel des Modellvorhabens „Gemeinsam für ein gelingendes Leben im Alter – Netzwerk der Alten- und Suchthilfe im ambulanten und stationären Setting“ ist der Aufbau einer Vernetzungsstruktur der Sucht- und Altenhilfe mit dem Ziel, die Lebensqualität der betroffenen Menschen im höheren Lebensalter nachhaltig zu verbessern.“ *http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Suchtstoffuebergreifende_Themen/Downloads/Kurzbeschreibung_Sucht_und_Alter_Bielefeld_101020_Drogenbeauftragte.pdf* Aus den acht Bundesmodellprojekten wurden beispielsweise Fortbildungscurricula in der Altenhilfe und an Pflegeschulen entwickelt. Inhalt dieser Fortbildungscurricula sind neben der inhaltlichen Vermittlung von Grundlagenwissen zum Thema Sucht, der Umgang mit problematischem Konsum im Alter sowie Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung. Weiterhin wurden spezifische Angebote in der Suchthilfe installiert und die Vernetzung zwischen Sucht- und Altenhilfe vorangebracht. Auch der Einbezug der Selbsthilfe und das bürgerschaftliche Engagement wurden in den Bundesmodellprojekten fokussiert. *Vgl. http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=37*

Erkenntnisse der Bundesmodellprojekte – was braucht es?

- Fortbildung in der Altenhilfe / Pflegeschulen
  - Grundlagenwissen Sucht
  - Umgang mit problematischem Konsum
  - Grundlagen Motivierender Gesprächsführung
- Spezifische Angebote in der Suchthilfe
- Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe
- Einbeziehung von Selbsthilfe und bürgerschaftlichem Engagement

Hinsichtlich einer nachhaltigen Strukturveränderung und damit Verbesserung der Prävention von und Intervention bei Sucht/-gefährdung im höheren Lebensalter werden folgende zugespitzte Thesen formuliert:

- Ohne gesonderte Förderung können die Module der Bundesmodellprojekte nicht aufrechterhalten werden.
- Sozial- und Gesundheitsberufe brauchen gesellschaftliche Aufwertung und verbesserte Bedingungen.
- Ohne Bereitschaft der beteiligten Berufsgruppen gibt es keine wirkliche Kooperation.

Im multiprofessionellen Teilnehmer/innen-Kreis des Workshops wurde neben dem hohen Interesse und der Motivation, an diesem gesellschaftlich relevanten Thema mitzuwirken, auch die Schwierigkeit deutlich, aus den bestehenden Ressourcen personelle Kräfte für ein komplett neues Thema bereitzustellen:

- Sensibilisierung und Fortbildung von Fachkräften in der Altenhilfe zum Thema Suchtgefährdung und -erkrankung sind Personalentwicklungsmaßnahmen, die strukturell geplant werden müssen
- Sensibilisierung der Fachkräfte der Suchthilfe für die Klientinnen und Klienten im höheren Lebensalter und tatsächliche Netzwerkarbeit mit den Mitarbeitenden der Altenhilfe braucht ebenfalls Manpower

Die stellvertretende Bezirksbürgermeisterin und Bezirksstadträtin für Arbeit, Soziales und Gesundheit im Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin, Ines Feierabend, berichtet vom erfolgreich auf den Weg gebrachten Gesundheitsziel „Gesund alt werden in Treptow-Köpenick“ und dem Prozess der Formulierung des Gesundheitsprozessziels zum Thema Sucht im Alter. „Die politische Anbindung dieses komplexen Gesundheitszielprozesses in das bezirkliche Aufgabenspektrum war von entscheidender Bedeutung. Es konnten dadurch optimale Vernetzungen zu zahlreichen, ergebnisorientierten Akteuren geknüpft werden. Initiativen entwickelten sich auf einer verbindlichen und förderlichen Basis des Miteinanders.“ *http://www.berlin.de/imperia/md/content/batreptowkoepenick/soziales/qpk/gesundheitszielprozess_broschuere_bs.pdf?start&ts=1328014486&file=gesundheitszielprozess_broschuere_bs.pdf, S. 14*

Kerstin Jüngling

Auswertung und Ergebnisse des Workshops

Dieses kontinuierliche Engagement der politisch Verantwortlichen ist für die Akteure der unterschiedlichen Bereiche Signal und Ansporn für bereichsübergreifende verbindliche Zusammenarbeit, Austausch von Wissen und Erfahrungen, gemeinsames Erarbeiten von Lösungen und guter

Praxis. Auf dieser Basis können Kommunen durch regionale politsche Plattformen die auch im Bundesmodellprojekt als nützlich beschriebenen Netzwerke und Strukturen nachhaltig realisieren und damit eine Grundlage schaffen für eine bessere Prävention von und Intervention bei Suchterkrankung älterer Menschen.

Zentral diskutiert wurde die Verbesserung der Ausbildung im Pflegebereich. Dafür braucht es grundsätzlich politische Unterstützung für eine verbindliche Weiterentwicklung der Curricula mit dem Ziel, riskanten Konsum von Alkohol und Medikamenten zu erkennen und angemessen zu intervenieren. Dabei ist es wichtig, Fortbildungs- bzw. Ausbildungsangebote zu entwickeln, die die speziellen Bedingungen im Pflegebereich berücksichtigen. So könnten aufgrund der zeitlichen Verdichtung der Arbeit und der benannten Hürden im Pflegebereich, für Fort- und Weiterbildung frei gestellt zu werden, auch E-Learning-Angebote entwickelt werden. Es gibt bereits Praxisbeispiele in einigen Bundesländern – für den Berliner Raum ist ein solches Angebot möglicherweise ebenfalls hilfreich.

Für eine gelungene Prävention von Sucht im Alter und deren Behandlung ist ein fachlicher Konsens zum Umgang mit dem Thema notwendig. Dies bezieht sich unter anderem auch auf den beruflichen Alltag von Pflegepersonen, die auch die Einkäufe für ältere Menschen erledigen. Stichwort: Konsumbremse: Wo fängt Prävention an und wo hört Selbstbestimmung auf? Für die Entwicklung einer Haltung bieten Präsenz-Fortbildungsangebote eine gute Möglichkeit für Diskurs und Austausch der Akteure, in deren Ergebnis fortzuschreibende Handlungsempfehlungen entwickelt werden können.

Ein weiterer Diskussionsschwerpunkt war die Aus- und Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Apothekerinnen und Apotheker. Die Akteure dieser beiden Berufsgruppen sind meist die ersten Ansprechpartner/innen für betroffene Personen selbst, deren Angehörige sowie für das Pflegepersonal. Da sie die Medikamente verschreiben bzw. herausgeben, wurde es als ein wichtiges Ziel formuliert, das Thema Sucht im Alter als Baustein in der Ausbildung von Hausärzt/innen und Apotheker/innen zu implementieren.

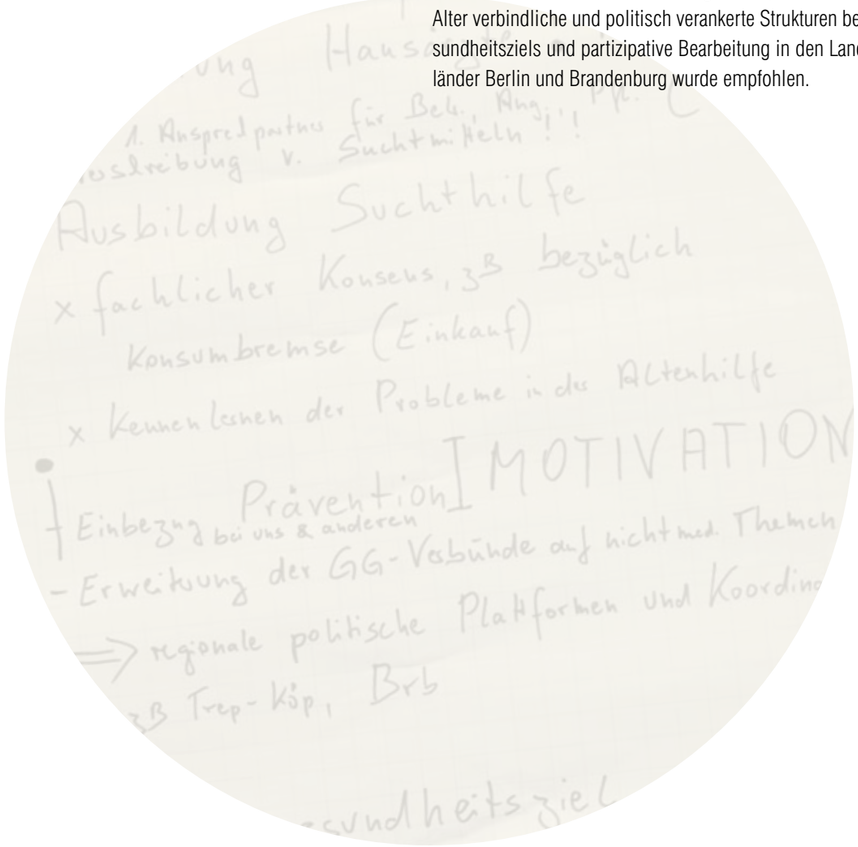
Vertreter/innen der Suchthilfe formulierten ebenfalls Fortbildungsbedarf, um zum einen eine bislang noch nicht erreichte Zielgruppe anzusprechen und zum anderen passende Beratungsziele und Vermittlungsmöglichkeiten für ältere Menschen zu entwickeln. Dabei wurde es als hilfreich erachtet, Probleme der Altenhilfe mit Sucht(-gefährdung) kennenzulernen – ein fachlicher Austausch zwischen den beiden Berufsgruppen wird angestrebt.

Der Themenumfang der regionalen politischen Plattformen, wie der Gerontopsychiatrischen-Geriatrischen Verbünde, sollte darüber hinaus um nicht-medizinische Themen erweitert werden. Dadurch könnte das Thema Sucht im Alter zusätzlich zu den genannten politischen regionalen Plattformen auch in die bestehende Fachstruktur integriert werden.

Die Ergebnisse des Workshops zeigen, dass es noch große Potenziale und Bedarfe – gerade in der Ausbildung von Pflegefachkräften, von Hausärzt/innen, Apotheker/innen und der Suchthilfe gibt. Als wichtig wurde formuliert, Prävention stärker im alltäglichen Handeln mitzudenken.

In der Zusammenfassung der diskutierten Vorschläge für eine wirksamere Prävention und Intervention im Themenfeld wurde festgehalten, dass das bevölkerungsrelevante Thema Sucht im Alter verbindliche und politisch verankerte Strukturen benötigt. Die Entwicklung eines Landesgesundheitsziels und partizipative Bearbeitung in den Landesgesundheitskonferenzen der Bundesländer Berlin und Brandenburg wurde empfohlen.

Kerstin Jüngling
Annette Richert



Workshop 2

Was kann auf individueller Ebene getan werden, um gesundes und unabhängiges Altern zu ermöglichen?

Dr. med Andreas Dieckmann
Chefarzt der Vivantes Entwöhnungstherapie Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum

Anke Schmidt
Referentin der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin

Rike Hertwig
Referentin der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung

Dr. med. Andreas Dieckmann

Parallel zu dieser Veranstaltung findet der Demographiegipfel der Bundesregierung statt. Dort werden Forderungen aufgestellt, die sehr allgemein sind:

- Familie als Gemeinschaft stärken
- Motiviert qualifiziert und gesund arbeiten
- Selbstbestimmtes Leben im Alter
- Allianz für Menschen mit Demenz
- Entwicklung eines nationalen Koordinierungsrahmens zur Sicherung der Daseinsvorsorge und Stärkung der regionalen Wirtschaft
- Mobilisierung aller Potenziale zur Sicherung der Fachkräftebasis erschließen
- Der öffentliche Dienst als attraktiver moderner Arbeitgeber

Warum brauchen wir Überlegungen dieser Art? Weil sich niemand auf gesellschaftliche Initiativen zur Vorbereitung auf das Alter verlassen kann. Es gibt keinen Regelkreis, der dies implizit oder explizit mit bewirkt. Lebensqualität muss je individuell erarbeitet werden, eine machbare Aufgabe mit Lobby und Kraft, unerfüllbar ohne dies.

Vor konkreten Überlegungen zu den Konsequenzen aus der aktuellen Demographieentwicklung schrecken die Menschen zurück. In Planungen für Krankenhäuser findet man selten eine Betonung auf der geriatrischen Ebene. Dieses Thema ist weniger attraktiv als die Ausgestaltung einer modernen Hochleistungs-Medizin. Gefördert werden medienintensive, idealistische Projekte wie Mehrgenerationenhäuser.

Dabei ist die Lebenserwartung in den letzten 100 Jahren um 30 Jahre gestiegen. 2025 ist jeder vierte Erwerbstätige älter als 45 Jahre. Auf einen 75-Jährigen kamen 2001 12,4 Erwerbstätige. 2050 werden es 5,5 sein.

Gleichzeitig sind die Altersbilder in der Gesellschaft sehr klischeehaft. Die Menschen wollten zwar alt werden, es aber nicht sein. Und es gibt die Zuschreibung, dass ältere Menschen das wirkliche Leben nicht stören sollen. Das bekommt ein Senior, der 17.00 Uhr im Discounter einzukaufen gedenkt, deutlich zu spüren. Politiker stellen die Fragen der subtil vom alten Menschen geforderten Selbstbegrenzung manchmal noch konkreter, z.B. 2001, als ein verdienter Politiker und Vorsteher der nachfolgenden Generation forderte, dass man eine Altersbegrenzung für bestimmte Operationen einführen sollte.
Das Alter ist in dieser klischeehaften Vorstellung eines sicher nur unbewusst inhumanen Politikers die Phase der Vorbereitung auf den Tod. Wahr ist: Es gibt Trennungen: der Tod des Partners und vieler Freunde ist gegenwärtig, Krankheit gehört natürlicherweise intensiver zum Leben als der Tod. Der Verlust der Arbeit stellt die Frage nach der Gestaltung der Eigenverantwortung in diesem Lebensabschnitt, der 20-30 Jahre dauern kann und dann ein Viertel der Lebenszeit darstellt.

Lebensumstellung im Alter geht oft einher mit dem Verlust der Verantwortung für den eigenen Unterhalt oder den Verlust der Bestätigung des Selbstwertes durch Berufstätigkeit. Das Gefühl, Transferleistungsempfänger zu sein, kann sehr kränken. Diese Veränderung des Lebensvollzugs ist für manche ein gravierender Einschnitt in das Leben. Die eigene Strukturierung des Alltags macht auch den Alternsprozess in der Wahrnehmung der Betroffenen viel deutlicher. Der Wechsel von Spannung und Entspannung fehlt ebenso wie das Gefühl, etwas geschafft zu haben. In dieser Situation ist die Versuchung, aus dem aktiven in einen passiven Lebensmodus zu wechseln, relativ groß. Nicht selten werden Menschen, die diese Phase schwer bewältigen, behandelt, als hätten sie eine lang anhaltende Depression statt einer angemessenen Reaktion auf einen kolossalen Umbruch gezeigt. Das führt zu der Gabe von Medikamenten, zum Teil solchen, die süchtig machen, und natürlich ist der große Helfer Alkohol nicht weit. Bei diesen Neueinsteigern spricht man von late-onset.

Sozial ist der Rentner relativ „unkaputtbar“. Er landet nicht mehr auf der Straße und die ärztliche Zuschreibung der Bedeutung der Sucht im Alter unterscheidet sich kaum von der der Bevölkerung: lasst den Alten doch sein Schnäpschen!

Was ist also zu tun? Natürlich ist Prävention besser als Therapie – aber nicht erst im Alter. Wenn wir mit einer humanen Sicht auf unser Leben das Alter als eine Phase im Kontinuum des Lebens verstehen, dann stellt sich die Frage der präventiven Altersgestaltung bereits in den frühen Lebensabschnitten:

In den Jahren von 14-25 brauchen junge Menschen die Vorbereitung auf den Umgang mit Alter etwa durch Kontakt mit älteren Menschen im Freiwillen Sozialen Jahr, in der Schule und in der Ausbildung. Zweitens beginnt in dieser Phase die Notwendigkeit der Schaffung eines zweiten finanziellen Beins zur Absicherung der eigenen (!) ökonomischen Unabhängigkeit im Alter!

Im Alter zwischen 25 und 45 Jahren spielt bisher das höhere Lebensalter kaum eine Rolle, aber in diesem Lebensabschnitt entwickeln sich die wesentlichen klischeehaften Vorurteile. Aus dem eigenen Erleben heraus sind die Senioren und Behinderten so etwas wie eine Barriere für ein glattes und elegantes Leben. Niemand will mit dem Alter zu tun haben.

Im Alter zwischen 45 und 67 hat sich diese Einstellung ein wenig entschärft. Hier bedarf es der Anreize, das Leben ohne berufliche Verantwortung emotional und gedanklich vorzubereiten:

- Freiheit heißt: nicht gebraucht zu werden.
- Freiraum heißt, ihn zu füllen.
- Vorbereitung auf die ökonomische Einschränkung wird oft schwer vernachlässigt.
- Vorbereitung auf gesundheitliche Einschränkungen und die Schaffung einer funktionellen Gesundheit.

Die sind nur einige Punkte, die in den verschiedenen Lebensabschnitten gesehen und gelernt werden müssten. Im Alter ist es wichtig, sich eine relative Mobilität und Sicherheit zu schaffen, unabhängig von der eigenen Leistungsfähigkeit. Jetzt müssen die sozialen Netze zeigen, ob sie greifen. Das Hilfesystem funktioniert: Alte Menschen können im Suchthilfesystem gut behandelt werden. Hier liegt nicht allein das Problem, sondern auch in der individuellen Vorbereitung auf das Alter. Zu diesem Thema bräuchten wir Vorschläge, um die individuelle Vorbereitung auf das Alter nicht von der gesellschaftlichen zu trennen. Die gesellschaftliche Verantwortung bleibt aber meist im Unkonkreten.

Dr. med Andreas Dieckmann

Auswertung und Ergebnisse des Workshops

Aspekte der individuellen Ebene sind in der Diskussion immer wieder von Fragestellungen des Zusammenlebens in Familie, Nachbarschaft, öffentlichem Raum und Kommune gerahmt worden.

So waren beispielsweise die Themen sozialer Zusammenhalt und Miteinander eine zentrale Komponente der Diskussionen. Insbesondere der Wunsch nach mehr generationsübergreifenden Begegnungs- und Austauschmöglichkeiten wurde in verschiedenerlei Hinsicht geäußert: von einfachen Kontaktgelegenheiten über gemeinsames Wohnen in Mehrgenerationenhäusern oder Konzepten für interngenerationellen Wissensaustausch bis hin zu erlebbarer Inklusion. Der Übergang vom Beruf in den Ruhestand sei eine entscheidende Phase, in welcher noch stärker und gezielter ein Grundstein für spätere Teilhabe älterer Menschen gelegt werden könne wie z.B. durch Modelle von Wissenstransfer über die aktive Arbeitsphase hinaus.

Als wichtig wurde aus Runde der Teilnehmenden benannt, dass darüber auch Respekt vor den älteren Menschen sowie die gegenseitige Wertschätzung zwischen den Generationen mehr Gewicht bekommen.

Als weiteres zentrales Thema in diesem Zusammenhang ist die beobachtete Vereinsamung älterer Menschen angesprochen worden. Handlungsbedarfe werden hier in einer besseren Information und Vernetzung von lokalen Multiplikatioren und Akteuren wie Bezirksverwaltung und Pflegedienste verortet.

Wie können ältere Menschen von Angeboten und Maßnahmen der Suchtprävention gut erreicht werden? Auch diese Frage beschäftigte die Teilnehmenden. Hier zeigte sich, dass es unter den Teilnehmenden gute Erfahrungen sowohl hinsichtlich generationsübergreifender Herangehensweisen wie auch speziell auf ältere Menschen zugeschnittener Angebote gibt. Dennoch wurde dafür argumentiert, dass stets zielgruppenspezifische Angebote notwendig seien. Öffentlichkeitsarbeit und Präsenz des Themas & der Angebote im öffentlichen Raum sollten aus Sicht der Gruppe gestärkt werden – um zu informieren – aber auch um Vorurteile abzubauen.

Nicht zuletzt wurden dazu auch politische Rahmenbedingungen genannt, die eine Wirkung auf den Umgang mit Alkohol haben – wie etwa der Konsum von Alkohol im öffentlichen Raum. Es wurde in der Gruppe der Wunsch geäußert, diese Rahmenbedingungen partizipativ mitgestalten zu können.

Als individuelle Maßnahme zur Ressourcenstärkung älterer Menschen in Hinblick auf das Lebensende wurde aus der Runde die Vorbereitung/ Beschäftigung mit dem Tod benannt.

Ein kritischer Umgang mit dem Gebrauch von Medikamenten und Schmerzmitteln sei ebenfalls wichtig für die Suchtprävention. Einerseits gibt es ein hohes Suchtpotenzial – andererseits können Schmerzmittel in vielen Fällen ein erträgliches Dasein erst ermöglichen. Der Umgang mit Schmerz und Medikamenten erfordere sehr viel Geduld.

Rike Hertwig

Workshop 3

Frühestmögliche und passgenaue Intervention: Aber wer führt diese durch und wie?

Stefan Pospiech
Geschäftsführer Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

PD Dr. Dr. Claus Köppel
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin - Geriatrie, Zentrum für Altersmedizin, Vivantes Wenckebach-Klinikum

PD Dr. Dr. Claus Köppel

Gesellschaftliche Permissivität des Alkoholabusus

Deutsche neben den Franzosen haben im weltweiten Vergleich den höchsten durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum: 32,4 ml Ethanol pro Tag

Alkohol-Dosis bei „Dinner for One“

Getränk in ml	Sherry	Weißwein	Champagner	Portwein	Summe in ml Ethanol
Typische Glasgröße	***40***	***150***	***150***	***100***	
Miss Sophie	16	15	15	16	**62 ml !**
Butler James	64	60	60	64	**248 ml !!!**

Errechnete Blutalkoholkonzentration

Miss Sophie: 1.4 Promille
Butler James: 4.0 Promille

Aus dem „SPIEGEL“:

Helen Kahn, 108 Jahre – New York

Helen verabscheut Salat, Gemüse, frühes Aufstehen und das gesunde Leben überhaupt. Sie liebt kurz angebratene Hamburger, Schokolade, Cocktails und das Nachtleben von New York – die exotischen Restaurants, den Broadway, das Kino und die Metropolitan Opera. Ach ja, und das Rauchen natürlich: „Ich habe mehr als 80 Jahre lang geraucht, den ganzen Tag, jeden Tag, es waren ganz schön viele Zigaretten“, gesteht Helen, die seit Kindertagen nur *„Happy“* gerufen wird. Sie hat zwei jüngere Brüder, 100 und 103 Jahre alt.

Henry Allingham, 113 Jahre – Brighton

Veteran des Ersten und Zweiten Weltkriegs und Mitbegründer der britischen Luftwaffe Royal Air Force (RAF). Auf die Frage, wie er so alt geworden sei, antwortete der Brite mal: *„Zigaretten, Whisky und wilde, wilde Frauen.“* Die Liste seiner Nachkommen ist entsprechend lang. Er hat fünf Enkel, zwölf Ur-Enkel, 14 Ur-Ur-Enkel und einen Ur-Ur-Ur-Enkel. Und er hat bereits sechs britische Monarchen erlebt.

Alkoholabusus im Alter

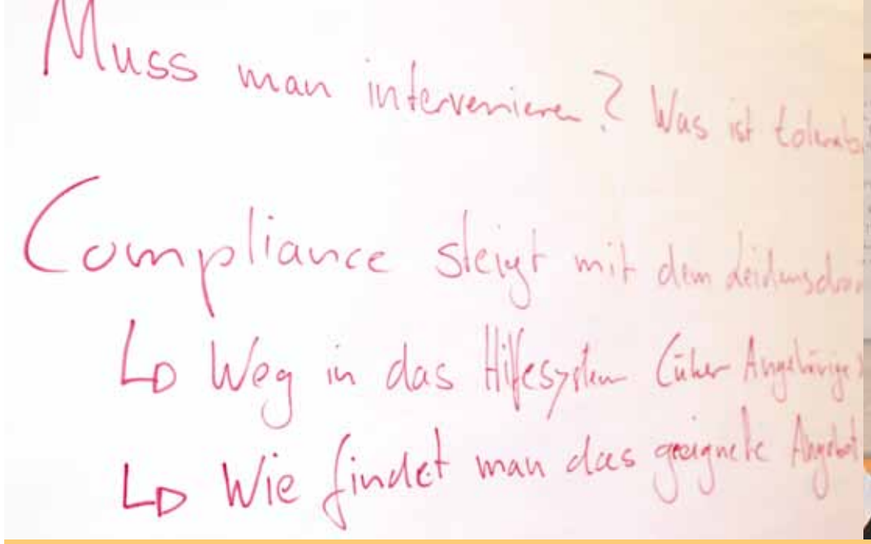
- Diagnose?
  - Anamnese
  - Fremdanamnese
  - Laborwerte
  - Palmarerythem, Leberzirrhose, gastrointestinale Blutungen, Duputren‘sche Kontraktur, Tumore mit Alkohol als Ko-Kanzerogen
- Wann war die Erstmanifestation?
- Alkoholabusus bei Bezugspersonen?
- Medizinische Relevanz von Alkoholabusus im Alter:
  - Progression einer Demenz
  - Lebererkrankung, Leberzirrhose, GI-Blutung
  - Stürze

Benzodiazepinabusus im Alter

- Diagnose?
  - Anamnese
  - Fremdanamnese
  - Schlafstörungen
  - Stürze
  - somatoforme Beschwerden
  - Vereinsamung, depressive Syndrome
- Alltagsrelevanz:
  - Stürze
  - Knochenbrüche, Weichteilverletzungen
  - Schädelhirntrauma

Analgetika- und Opiatabusus

- Diagnose?
  - Anamnese
  - Fremdanamnese
  - Laborwerte
  - Kopfschmerzen, Osteoporoseschmerz
  - Immobilität
  - Gastrointestinale Blutungen
  - Niereninsuffizienz
  - somatoforme Beschwerden
  - Vereinsamung, depressive Syndrome



Spezielle Aspekte beim Abusus im Alter
Nikotin | Steroide | Laxantien

- Diagnose?
  - Anamnese
  - Fremdanamnese
  - somatoforme Beschwerden
  - Vereinsamung, depressive Syndrome

Therapieansätze

- Kausale Therapie der Grunderkrankung
- Bewusstmachen der Zusammenhänge
- Körperliche Aktivierung, Physiotherapie
- Soziale Aktivierung

PD Dr. Dr. Claus Köppel

Auswertung und Ergebnisse des Workshops

Was muss getan werden, wenn bereits ein riskantes Verhalten festzustellen ist bzw. eine Suchtproblematik sich manifestiert hat? Diese Ausgangsfrage stand im Mittelpunkt des Workshops, der durch ein Impulsreferat von PD Dr. Dr. Claus Köppel eingeleitet wurde.

Folgende Fragen wurden in der anschließenden Diskussion beraten:

- Gelingt der frühe Zugang der Betroffenen in das Hilfesystem?
- Erhalten die Betroffenen passgenaue Hilfe
  (u.a. medizinisch, psychosoziale, beratende, lebensgestaltende Hilfen)
- Gelingt die Kooperation und Vernetzung?
- Braucht es in den einzelnen Professionen zusätzliche Qualifizierungsangebote
  zur Frühintervention?

Zu Beginn stand die Frage im Raum, wann man überhaupt intervenieren sollte? Ob bei Alkoholkonsum, Schlafmittel oder Schmerzmittelgebrauch – es gibt zahlreiche Grauzonen, wo es schwierig ist eine klare Grenze zu ziehen. Anschauliches Beispiel: Ein älterer, im betreuten Wohnen lebender, demenzkranker Mann geht jeden Abend in das gegenüberliegende Restaurant, um einen Wein zu trinken – wie verhält sich die Fachkraft? Einheitliche Meinung war, dass dies ein Stück Lebensqualität sei und unterstützt werden sollte.

Der Zugang der Betroffenen in das Hilfesystem passiert aus eigener Motivation selten. Häufig sind es Angehörige, die das Suchtproblem erkennen und sich dann in emotional schwierigen Situationen wiederfinden. Denn die Compliance bei den Betroffen ist häufig schwach ausgeprägt und nimmt erst mit steigenden Leidensdruck zu.

Zentral diskutiert wurde in diesem Kontext besonders das Thema Medikamentenabhängigkeit. Hier gab PD Dr. Dr. Claus Köppel zahlreiche Hinweise zum richtigen Verschreibungsverhalten. Problematisch ist, dass häufig Medikamente von unterschiedlichen Ärzten verschreiben werden, so dass entstehende Suchtgefährdungen nicht erkannt werden. Auch das fehlende Wissen über geriatrische Krankheitsbilder bei Ärzten kann zu problematischen Verschreibungsverhalten führen.

Um das Thema Sucht im Alter in den hausärztlichen Fokus zu rücken, wird zurzeit von der Ärztekammer Berlin ein entsprechendes Fortbildungsangebot zur Spezialisierung von Allgemeinmediziner/innen im Bereich Geriatrie entwickelt – ein Modul zu Sucht im Alter soll integriert werden. Eine Herausforderung ist auch die richtige Vermittlung zwischen unterschiedlichen Angeboten. Hier fehlt es den professionellen Helfern an Transparenz über geeignete Partner. Es mangelt zudem an aufsuchenden Angeboten für mobilitätseingeschränkte Menschen. Als eine solche Idee wurde die Psychotherapie im häuslichen Setting angesprochen.

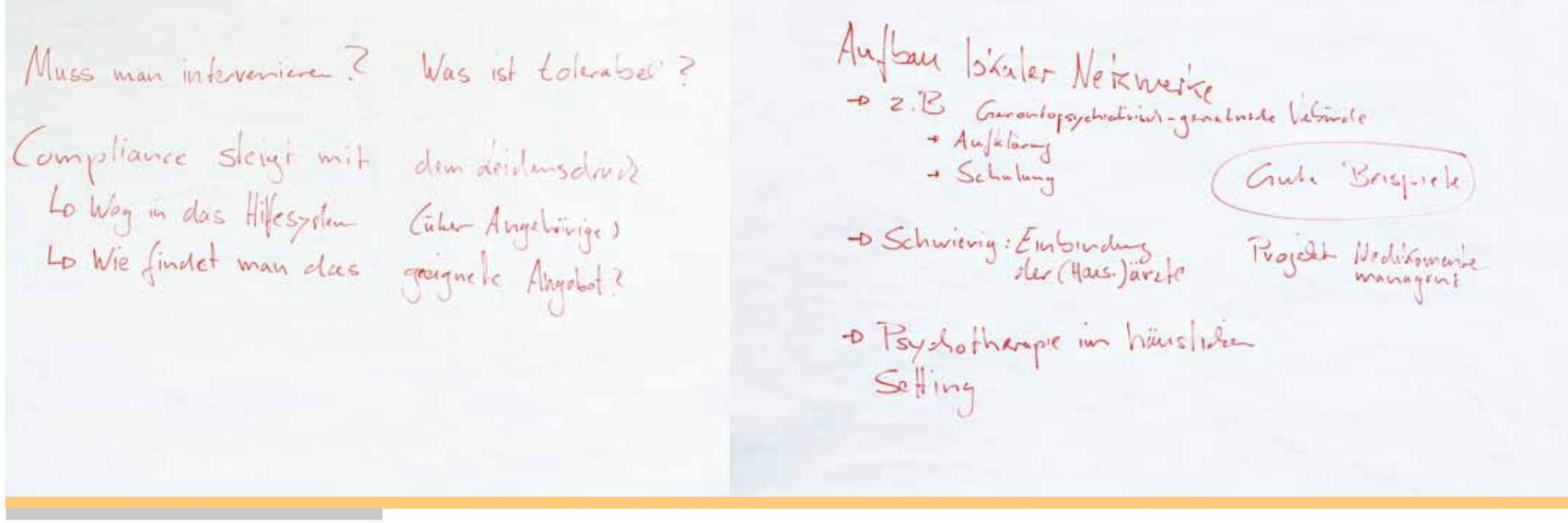
Außerdem wurde thematisiert, dass dem Pflegepersonal das Handwerkszeug fehle, um süchtiges Verhalten im Pflegealltag anzusprechen. Hierfür entwickelt die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin zurzeit ein Fortbildungsangebot zum Thema „Motivierende Gesprächsführung in der Pflege“, welches sich speziell an Pflegefachkräfte richtet.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Suchtproblematik im Alter oft auf eine Lücke der Versorgungsstrukturen zwischen den Zuständigkeiten und Qualifikationen der Suchthilfe, der Altenhilfe und des Medizinsystems trifft. Einig waren sich die Workshopteilnehmenden, dass hier die zentrale Handlungsperspektive – wie bei anderen schwer zu verortenden Problemlagen auch – in der Kooperation und Vernetzung liegen sollte, welche die traditionellen Grenzen von Zuständigkeitsbereichen, Professionen, Leistungs- und Finanzierungsträgern überwinden. Der Aufbau lokaler Netzwerke, in denen Aufklärung über die Thematik sowie eine Schulung der Netzwerkpartner stattfindet, wäre hier der adäquate Weg.

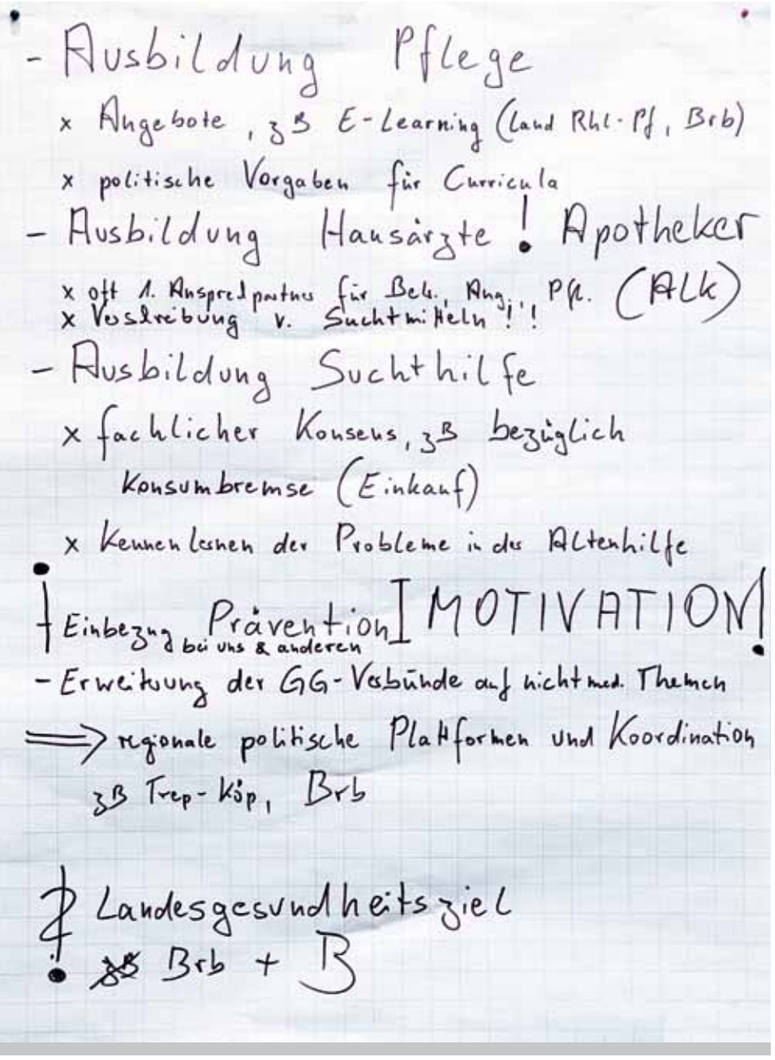
Anknüpfungspunkt in Berlin sollten die gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbünde sein. Eine besondere Herausforderung ist es, die Hausärzte in diese Netzwerke einzubinden.

Stefan Pospiech

Vorstellung der Workshop-Ergebnisse im Plenum



Ergebnisse Workshop 3



Ergebnisse Workshop 1

Ergebnisse Workshop 2

Forderungen und Empfehlungen

1. Politik und weitere Eintscheidungsträger/innen müssen für das Thema ***Unabhängigkeit im Alter*** stärker sensibilisiert werden, um auch in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein für dieses Thema zu fördern.

2. Das Thema ***Sucht im Alter vorbeugen*** soll in den Landesgesundheitszielprozess unter dem Gesundheitsziel ***Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten*** verankert werden. Besondere Berücksichtigung sollen dabei Risikofaktoren für die Suchtentwicklung im Alter finden (late-onset-Sucht).

3. Die Gesellschaft und jede/r Einzelne sind aufgefordert, sich für ***Respekt und Wertschätzung gegenüber Menschen aller Generationen*** einzusetzen.

4. Sucht im Alter muss verstärkt als Thema in lokalen Netzwerken, wie z.B. in den gerontopsychiatrisch-geriatrischen Verbünden, verankert werden. Ziel ist die ***Qualifikation der professionellen Akteure*** sowie die Transparenz über Hilfeangebote und Schnittstellen zwischen Akteuren, um den Betroffenen den Zugang ins System und das passende Angebot zu erleichtern.

5. ***Sozial- und Gesundheitsberufe*** brauchen ***gesellschaftliche Aufwertung*** und verbesserte Bedingungen. Rahmenbedingungen für Fortbildung und gewinnbringende Netzwerkarbeit müssen mit politischer Unterstützung geschaffen bzw. verbessert werden.

6. Für eine wirksame Prävention von Suchtproblemen im Alter sollte das Thema ***Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand*** in den Fokus genommen werden – unter Einbeziehung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

7. Akteure der Suchthilfe sind aufgerufen, ***zielgruppenspezifische Angebote*** zu entwickeln.

8. Es bedarf spezifischer ***Unterstützungs- und Beratungsangebote für Angehörige***, da diese häufig als erste mit einem Suchtproblem im System Familie konfrontiert sind.

9. Das Thema Sucht im Alter soll in die ***Fortbildung von (Haus-)Ärztinnen und -Ärzten*** aufgenommen werden.

10. Es gilt, das ***Medikamentenmanagement*** für ältere Menschen zu verbessern, um suchtgefährdenden Medikamentenkonsum vorzubeugen.

Teilnehmer/innen der Berliner Fachtagung „Sucht im Alter vorbeugen“

Bayer, Christine	Kontaktstelle PflegeEngagement Friedrichshain-Kreuzberg, Ehrenamtliche Mitarbeiterin
Becker,Christel	Bezirksamt Pankow, Fachbereichsleiterin
Blättner, Nicola	Fixpunkt gGmbH, Treffpunkt Druckausgleich, Projektleitung Kontaktstelle Neukölln
Brummund, Anni	k. A.
Brunsberg, Franziska	k. A.
Decker, Anne	St. Hedwig-Krankenhaus
Demirbüken-Wegner, Emine	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Staatssekretärin für Gesundheit
Dieckmann, Dr. med Andreas	Vivantes Entwöhnungstherapie Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum, Chefarzt
Farrachow, Astrid	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Praktikantin
Feierabend, Ines	Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin, Bezirksstadträtin
Fink, Dr. Jochen	k. A.
Fischer, Ove	Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, Suchthilfekoordinator
Frommhold, Michael	Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V, Regionalleiter Tempelhof-Schöneberg
Gödicke, Dorothee	Kontaktstelle PflegeEngagement
Graffmann-Weschke, Dr. Katharina	AOK Nordost, Geschäftsbereichsleiterin Pflegestützpunkte / Pflegeberatung
Grafschmidt, Ilka	Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Suchthilfekoordinatorin
Groll, Lisa	Caritas Suchtberatung Steglitz-Zehlendorf, Sozialarbeiterin im Betreuten Wohnen
Hamann, Bianca	AOK Nordost, Pflegeberaterin Pflegestützpunkte / Pflegeberatung
Harms, Elke	Bezirksamt Mitte von Berlin
Hausstein, Stephanie Charlotte	k. A.
Hertwig, Rike	Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, Referentin
Jonitz, Dr. med Günther	Ärztekammer Berlin, Präsident
Jordan, Thea	k. A.
Jüngling, Kerstin	Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, Leiterin
Kammerer, Dr. Kerstin	Institut für Gerontologische Forschung e.V.
Knuth, Christian	Alkohol- und Medikamentenberatungsstelle, Einrichtungsleiter
Koch, Susanne	AWO Begegnungszentrum
Köhler-Azara, Christine	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Drogenbeauftragte
Kohler, Prof. Dr. Manfred	Seniorenvertretung Tempelhof-Schöneberg, Vorsitzender
Köppel, Dr. Dr. Claus	Vivantes Wenckebach-Klinikum, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin - Geriatrie - Zentrum für Altersmedizin
Kopske, Dr. Jürgen	k. A.
Kreibaum, Jutta	Kiezspinne FAS e.V., Projekt SeniorenUnterstützungsNetzwerk
Kuntzschmann, Sabine	BARMER GEK Berlin/Brandenburg, MA Gesundheitsförderung
Laube, Renate	Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit
Löffler, Heinz	Seniorenvertretung Lichtenberg
Marefat, Roswitha	k. A.

Martin, Roland	PBAM Wilmersdorf
Morgenstern, Anne	DOMICIL Seniorenpflegeheim Baumschulenweg
Mühling, Andrea	Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.
Nätke, Mario	Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin, Suchthilfekoordinator
Nejati, Patricia	k. A.
Pospiech, Stefan	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., Geschäftsführer
Quetz, Dr. Michaele	Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH, Ltd.Ärztin der psychosomatischen Abteilung
Rausch, Ariane	Pflegestützpunkt, Leiterin
Reichenbach, Claudia	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Richert, Annette	Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin für Gerontopsychiatrie
Rieck, Eva-Maria	Johannisches Sozialwerk e.V., Beratungsstelle für Suchtkranke Treptow-Köpenick
Rosentreter, Betty	Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Suchttherapeutin
Ruszczynski, Renate	k. A.
Saeger, Regina	Vorsitzende des Landesseniorenbeirates Berlin und Vorsitzende der Seniorenvertretung Marzahn-Hellersdorf
Schaefer, Dr. med. Henning	Ärztekammer Berlin, Leiter der Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung
Schlüter, Christin	AOK Nordost, Pflegeberaterin Pflegestützpunkte / Pflegeberatung
Schmidt, Anke	Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, Referentin
Schubert, Kerstin	Alkohol- und Medikamentenberatung Spandau
Schumann, Anne	k. A.
Soete, Gordon	Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, stud. Praktikant
Stahmer, Ingrid	ehemalige Senatorin (1989-1999) für Gesundheit, Soziales, Schule, Jugend und Sport in Berlin
Stoffregen, Petra	BQG Ankunft, Mitarbeiterin Mehrgenerationenkietztreff
Straub, Julia	Fachstelle für Suchtprävention, Referentin
Ströhl, Christiane	Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin
Stührmann, Sabine	AOK Nordost
Surburg-Liefert, Christa	FAM Beratungs- und Behandlungsstelle
Thiebault, Louis	Französische Botschaft - Abteilung für Wissenschaft und Technologie, Wissenschaftsreferent - Medizin, Gesundheit, Arzneimittelkunde, Bioethik
Vuong, Monika	Kontaktstelle PflegeEngagement Friedrichshain-Kreuzberg, Koordinatorin
Wagner, Kathrin	AOK Nordost, Teamleiterin Pflegestützpunkte / Pflegeberatung
Weber, Ingrid	Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V., Referentin für Suchtprävention
Wilcke-Kros, Martina	MDK Berlin-Brandenburg e.V. Geschäftsbereich Fachservice, Fachreferentin Externe Qualitätssicherung Pflege
Wittchow, Bernd	Eichendorfer Mühle Brandenburg e.V., Geschäftsführer
Zimmer, Gabriele	Violetta Clean / FrauSuchtZukunft, Leiterin
Zippel, Prof. Dr. Christian	Ev. Krankenhaus Lutherstift Frankfurt/Oder

Morgen
Morgen
Mittag